

ЭКОНОМИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Вечер А.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Актуальность. Артериальная гипертензия (АГ) является одной из важнейших медико-социальных проблем. Это обусловлено широкой распространенностью заболевания, увеличением риска развития сердечно-сосудистых осложнений, недостаточным контролем в масштабе популяции и высокой сердечно-сосудистой летальностью.

Согласно статистике, от этого недуга страдает около 1 млрд. человек. И сердечно-сосудистая заболеваемость продолжает расти. А вместе с ней увеличивается и смертность от этой болезни: кардиологи утверждают, что 7,1 млн. ежегодных случаев смерти можно связать с гипертензией. Наличие АГ оказывает существенное влияние на состояние здоровья, продолжительность и качество жизни пациентов, поскольку она является фактором риска развития таких сердечно-сосудистых заболеваний, как инсульт, ИБС. Среди лиц, страдающих АГ, ИБС встречается в 4,5 раза, инфаркт миокарда - 2,6 раза, нестабильная стенокардия - в 2,3 раза, а нарушения мозгового кровообращения - в 9,8 раза чаще, чем у людей с нормальным артериальным давлением, что АГ вдвое повышает риск ИБС, втрое - риск возникновения в перспективе сердечной недостаточности и инсульта. По статистике, в Беларуси у пациентов, перенесших инфаркт миокарда, в 82% случаев ранее была диагностирована гипертензия [1].

О серьезности заболевания можно судить по тому, что в мировом масштабе сердечно-сосудистые болезни и инсульты являются причиной смерти 17 миллионов человек ежегодно. К 2020 году болезни сердца станут главной причиной смерти и инвалидности. Примерно 80% болезней сердца отмечается в странах с низким и средним уровнем жизни [2].

Распространенность АГ II-III ст. в г. Минске составляет 24,4%, а среди сельского населения - 24,6%. Это дает основание считать, что АГ носит характер эпидемического заболевания [3].

В последние годы системы здравоохранения во многих странах пытаются распределить свои финансовые ресурсы с наибольшей эффективностью. Поэтому это требует внедрения в практику планирования расходов на лекарственное обеспечение методов фармакоэкономического анализа.

Цель. Изучить затраты на медикаментозное, стационарное и поликлиническое лечение, оказание скорой медицинской помощи больным с АГ у жителей Витебской области, выявить факторы, определяющие экономическую эффективность лечения АГ и способствующие снижению затрат.

Материал и методы исследования. Обследовано 250 больных артериальной гипертензией в возрасте от 22 до 86 лет, находившихся на лечении в кардиологическом отделении Витебской городской больницы №2. Среди них 32% мужчины, 68% женщины. Больные с АГ 1 степе-

ни составили 9,2%, 2 степени - 71,2%, 3 степени - 19,6%. Практически все больные принимают гипотензивную терапию, но лишь 62% из них проводят ее постоянно и длительно. Треть больных принимают ГП только по потребности - при плохом самочувствии и повышении уровня АД.

Анализ фармакоэкономических аспектов проводился по базам данных, сформированным по результатам изучения историй болезни и индивидуальных анкет пациентов, участвующих в исследовании.

Экономический анализ при АГ включал расчет прямых медицинских расходов на стационарное лечение с учетом количества госпитализаций в год, вызовов скорой медицинской помощи, продолжительности стационарного лечения, а также стоимость амбулаторного лечения. Материальные расходы на стационарное лечение включали затраты на медикаменты, лабораторную и инструментальную диагностику, расходные материалы, заработную плату медицинского персонала. Средняя стоимость койко-дня пребывания больного в стационаре рассчитана по стандартной методике с учетом штата лечебного отделения (центра), заработной платы медперсонала, коммунальных и прочих расходов. В госпитальные расходы вошли также затраты на питание пациентов.

Результаты и обсуждение. Затраты на стационарное лечение составили 111 миллионов 29 тысяч рублей, на поликлиническое лечение 3 миллиона 685 тысяч рублей, на вызовы скорой медицинской помощи 20 миллионов 998 тысяч рублей, на медикаментозное лечение 19 миллионов 149 тысяч рублей.

Структура затрат на лечение АГ:

1. Стационарное лечение - 71,6%;
2. Скорая медицинская помощь - 13,6%;
3. Медикаментозное лечение - 12,42%;
4. Поликлиническое лечение - 2,38%.

В структуру затрат на стационарное лечение были включены:

- затраты на медикаментозное лечение - 14 миллионов 704 тысячи рублей - 13,2%;
- затраты на инструментальное и лабораторное обследование пациентов в стационаре составили - 3 миллиона 478 тысяч рублей - 3,1%.
- затраты на заработную плату медицинским сотрудникам - 9 миллионов 701 тысяча рублей - 8,74%;
- питание пациентов - 12 миллионов 430 тысяч рублей - 11,2%;
- прочие коммунальные расходы - 74 миллиона 194 тысячи рублей - 63,76%.

Анализируя общую структуру гипотензивных препаратов (ГП), используемых врачами и пациентами, можно сделать вывод, что центральное место среди различных классов ГП занимают ингибиторы АПФ. Эналаприл - базовый ГП. Существенно меньшая доля ос-

тальных трех классов ГП: β -адреноблокаторы \rightarrow диуретики \rightarrow антагонисты кальция. Из класса β -адреноблокаторов Бисопролол и Метопролол больше всего предпочитают как врачами, так и больными АГ. В классе диуретиков доминируют Гипотиазид и Индапамид. Основной представитель антагонистов кальция - Амлодипин.

Выводы.

1. Определены годовые затраты на лечение больных АГ в стационаре и поликлинике, связанные с вызовами скорой медицинской помощи. Они составили 628 тысяч рублей на одного пациента.

2. Наибольшие расходы по лечению больных АГ связаны со стационарным лечением - 71,6%.

3. Из расходов на стационарное лечение основной удельный вес - 70% - приходится на гостиничные услуги, включающие размещение, питание пациента, зарплату медперсонала по его обслуживанию. Финансовые затраты в стационаре на процедуры по диагностике и лечению заболевания составляют 30% общих стационарных расходов.

4. Снижение частоты госпитализаций - наиболее значимый подход к снижению затрат на лечение больных

артериальной гипертензией. Необходимо и более активное внедрение в практику стационарзамещающих технологий.

Литература:

1. Фармакоэкономический анализ безопасности антигипертензивных средств / Н. Д. Бунятян [и др.] // Рос. Мед. журн. - 2008. - № 6. - С. 37.

2. Барт, Б. Я. Фармакотерапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Лекции для практикующих врачей / Б. Я. Барт, В. Ф. Беневская, Г. М. Бороненков. - М., 2002. - С. 164-171.

3. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения / С. А. Шальнова [и др.] // Рос. кардиол. журн. - 2006. - № 4. - С. 45-50.

4. Куликов, А. Ю. Фармакоэкономический анализ ведения больных артериальной гипертензией с использованием бисопролола / А. Ю. Куликов // Фарматека. - № 6. - 2009. - С. 85-86.

ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ С ВЫСОКИМ РИСКОМ ОСЛОЖНЕНИЙ С УЧЕТОМ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ СОСТАВЛЯЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Дорожкина О.П., Курлюк О.В.

УО "Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет"

Успешная терапия лиц с артериальной гипертензией, которая является классическим психосоматическим заболеванием, определяется коррекцией всех звеньев патологического процесса [1,2,3].

Цель: выявление лиц с тревожно-депрессивными симптомами и возможности их фармакологической психокоррекции среди амбулаторных пациентов с артериальной гипертензией II степени с высоким риском осложнений (АГ II ст.Р.3) терапевтом и кардиологом и отбор лиц, нуждающихся в консультации психолога и психотерапевта.

Материал и методы. 41 пациент с АГ II ст.Р.3 (48 \pm 8 лет) - 27 мужчин (45 \pm 8 лет) и 14 женщин (47 \pm 8 лет) с длительностью АГ 10 \pm 8 лет (9 \pm 5 лет у мужчин и 12 \pm 6 лет у женщин). Через 10,5 \pm 1,5 месяца повторно обследовано 88% пациентов: 93% мужчин и 79% женщин. Все пациенты состояли на ДЗ учете у терапевтов.

В исследование включались первые пациенты с АГ II ст.Р. 3, впервые направленные на консультацию к кардиологу в четные дни недели. Критерии исключения: ожирение выше I степени, гинекологические операции в анамнезе у женщин.

При включении в исследование пациентом проводилось обследование, согласно существующим в Республике Беларусь стандартам. Оценка психологического статуса и качества жизни (КЖ) пациентов проводилась с помощью Многофакторного личностного опросника FPI, "Методики для психологической диагностики типов отношения к болезни", "Методики оценки качества

жизни больных и инвалидов" (NAIF) [4, 5, 6]. Применены статистические критерии Wilcoxon, коэффициент ранговой корреляции Spearman [7].

Исходно всем пациентам была назначена антигипертензивная терапия: 2-х компонентные сочетания лекарственных средств: атенолол (37,5 \pm 17,3 мг\сут), эналаприл (31,1 \pm 8,8 мг\сут), гидрохлортиазид (14,8 \pm 6,7 мг\сут), дилтиазем (180 мг\сут). Статинов пациенты не получали. Исходно АД сист. составляло 166,9 \pm 5 \ 99,8 \pm 3,9 мм.рт.ст. АД диаст. , через год АД сист. по группе составляло 125 \pm 7,3 \ 79,9 \pm 5,08 мм.рт.ст. АД диаст.

Результаты и обсуждение. При первичном обследовании выраженные психопатологические личностные изменения выявлены у 75,6% и через один год у 44,4% лиц с АГ II ст.Р.3. Наличие выраженных личностных психопатологических нарушений является основой для формирования дезадаптивных типов отношения к заболеванию у лиц с АГ. У всех пациентов с дезадаптивными ТООБ выявлены выраженные психопатологические личностные изменения. При исходном тестовом обследовании выявлено 41,5% при повторном - 38,9% лиц, имеющих дезадаптивные реакции на наличие заболевания.

Для коррекции эмоционального состояния применялись адаптол и грандаксин. Показаниями для назначения адаптола или грандаксина были высокие оценки по шкалам невротичности, раздражительности и депрессивности теста FPI в сочетании с дезадаптивным ТООБ. Адаптол и грандаксин имеют право выписывать и тера-